



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

AMANDA MARIA RAMOS

FABIANA DE ROSA OLIVEIRA

REISZIANE MEIRE DE FREITAS

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM INDIVÍDUOS COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL ATENDIDOS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**

Belo Horizonte

2009

**AMANDA MARIA RAMOS
FABIANA DE ROSA OLIVEIRA
REISZIANE MEIRE DE FREITAS**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM INDIVÍDUOS COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL ATENDIDOS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**

Monografia apresentada ao Departamento de Fisioterapia, da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional como pré requisito para obtenção de título de graduação em Fisioterapia.

Orientador à Dra. Raquel Rodrigues Britto

Belo Horizonte

2009

Aos nossos pais, dedicamos este trabalho, pelo
incentivo, perseverança e amor.

AGRADECIMENTOS

À Deus, fonte de sabedoria, pela força e pela coragem que nos concedeu, estando ao nosso lado durante os momentos difíceis desta jornada.

Aos participantes desta pesquisa e aos seus familiares, que em momento algum deixaram de dar sua contribuição.

A todos os professores do departamento de Fisioterapia, em especial à professora Raquel Rodrigues Britto pela dedicação e orientação constante, nos auxiliando em todas as horas.

Aos nossos familiares e amigos que nos compreenderam e nos ajudaram nos momentos mais árduos.

À Universidade Federal de Minas Gerais, que nos proporcionou a oportunidade de aprender e aprimorar nossos conhecimentos.

“O domínio de uma profissão não exclui o seu aperfeiçoamento. Ao contrário, será mestre quem continuar aprendendo.”

(Pierre Feuter)

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença de grande prevalência no Brasil. O tratamento da mesma envolve além da terapêutica medicamentosa a mudança de hábitos e estilos de vida. Com isso estudos que relacionem a qualidade de vida a essa doença adquirem suma importância. O objetivo de nosso trabalho foi avaliar a qualidade de vida em indivíduos com hipertensão arterial utilizando um questionário genérico, Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) e um questionário específico, Mini-Cuestionario de Calidad de Vida em Hipertensión Arterial (MINICHAL), e associar esses resultados com os estilos de vida adotados por essas pessoas. Participaram da pesquisa 30 hipertensos, sendo 7 do sexo masculino e 23 do feminino. A média das idades foi 57 ± 7 anos. A maioria dos entrevistados apresentou sobrepeso. Dentre todos os entrevistados, apenas um não utilizava medicamento anti-hipertensivo para o controle da pressão arterial. Dos 29 restantes, 93,1% utilizavam o medicamento anti-hipertensivo corretamente e 6,89% não utilizavam de acordo com a prescrição médica. Em relação aos hábitos de vida 83% relataram que regulavam o sal na dieta, 30% se declararam etilistas, o tabagismo foi freqüente em 6,6% dos indivíduos e 50% relataram que praticavam atividade física regular. Os resultados encontrados na escala do SF-36 mostraram que houve maior comprometimento no domínio “dor”, considerando-se as médias inferiores a 60 pontos. Mais dois domínios apresentaram médias próximas ao limite de comprometimento da qualidade de vida apresentando valores entre 60,83 e 61,49, domínios “desempenho físico” e “estado geral da saúde” respectivamente, índices também considerados baixos. Os resultados encontrados na aplicação do MINICHAL-BRASIL mostraram que houve maior comprometimento no domínio Estado Mental. A média do escore total do MINICHAL-BRASIL, numa escala de 0 a 100, foi de 80,9%. As médias obtidas por domínios foram bastante próximas, sendo no domínio estado mental de 80,3% e no domínio manifestações somáticas de 81,7%. Para o instrumento MINICHAL-BRASIL a avaliação da última pergunta, “Você diria que sua hipertensão e o tratamento da mesma têm afetado sua qualidade de vida?”; 6,67% (n=2) dos pacientes disseram afetar pouco a qualidade de vida e 90% (n=27) disseram não afetar a qualidade de vida. A identificação da real qualidade de vida dos hipertensos pode se tornar difícil quando se utiliza questionários de forma isolada. Nosso estudo vem reforçar a necessidade de associação de instrumentos de avaliação para que se possa identificar de forma correta a qualidade de vida e com isso interferir corretamente no tratamento.

Palavras-chaves: Hipertensão arterial sistêmica. Qualidade de vida. MINICHAL. SF-36.

ABSTRACT

Hypertension is a disease of high prevalence in Brazil. The treatment involves addition of drug therapy and changing habits and lifestyles. The studies that relate quality of life to this disease acquire importance. The aim of our study was to evaluate the quality of life in patients with hypertension, using a generic questionnaire, Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) and a specific questionnaire, Mini-Cuestionario de Calidad de Vida em Hipertensão Arterial (MINICHAL), and link these results with lifestyles adopted by these people. The participants were 30 hypertensive patients, 7 males and 23 females. The mean age was 57 years. The majority of respondents were overweight. Among all respondents, only one did not use antihypertensive medication to control blood pressure. Of the 29 remaining patients, 93.1% were using antihypertensive medication correctly and 6.89% did not use. In relation to habits and lifestyles 83% reported that regulated the salt in the diet, 30% said they consumed alcohol, smoking was frequent in 6.6% of individuals and 50% reported that regular physical activity. The results on the scale of the SF-36 showed a higher involvement in "pain", considering the average of less than 60 points. Two more areas averages close to the limit in quality of life with values between 60.83 and 61.49, areas of "physical performance" and "general health", respectively, indexes also considered low. The results in the application of MINICHAL-BRAZIL showed a higher involvement in Mental State. The average total score of MINICHAL-BRAZIL, on a scale of 0 to 100, was 80.9%. The means by areas were very close, but in the mental state of 80.3% and in somatic manifestations of 81.7%. To MINICHAL-BRAZIL instrument the evaluation of the final question, "Would you say that your blood pressure and treating it have affected their quality of life?"; 6.67% (n = 2) of the patients said little to affect quality of life and 90% (n = 27) said they did not affect the quality of life. The identification of the real quality of life of hypertensive patients can be difficult when using questionnaires in isolation. Our study reinforces the need for combination of assessment tools that can identify correctly the quality of life and thereby interfere in the treatment correctly.

Keywords: Hypertension. Quality of life. MINICHAL. SF-36

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela I - Classificação da pressão arterial para maiores de 18 anos.....	12
Gráfico I - Relação entre homens e mulheres participantes do estudo.....	23
Gráfico II - Relação do IMC dos participantes.....	23
Gráfico III - Proporção do uso correto da medicação entre os participantes.....	23
Gráfico IV - Relação do estilo de vida dos participantes.....	24
Tabela II - Valores obtidos nos diferentes domínios do SF-36, entre os 30 portadores de hipertensão arterial. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2009.....	24
Tabela III – Influência da prática de atividades físicas aeróbicas na qualidade de vida de pessoas com HAS medida pelo MINICHAL.....	25
Tabela IV – Influência da prática de atividades físicas aeróbicas na qualidade de vida de pessoas com HAS medida pelo SF-36.....	26
Tabela V - Influência do etilismo na qualidade de vida de pessoas com HAS medida pelo MINICHAL.....	27
Tabela VI - Influência do etilismo na qualidade de vida de pessoas com HAS medida pelo SF-36.....	28
Tabela VII - Influência do IMC na qualidade de vida de pessoas com HAS medida pelo MINICHAL.....	29
Tabela VIII - Influência do IMC na qualidade de vida de pessoas com HAS medida pelo SF-36.....	30
Tabela IX- Influência do tabagismo na qualidade de vida de pessoas com HAS medida pelo MINICHAL.....	31
Tabela X - Influência do tabagismo na qualidade de vida de pessoas com HAS medida pelo SF-36.....	32

LISTA DE ABREVIATURAS

HAS - Hipertensão Arterial sistêmica

QV - Qualidade de vida

OMS - Organização Mundial de Saúde

SF-36 - Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey

MINICHAL - Mini-Cuestionario de Calidad de Vida em Hipertensión Arterial

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1. REVISÃO DE LITERATURA	11
1.1.1. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA.....	11
1.1.2. FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS PARA HAS.....	13
1.1.3. QUALIDADE DE VIDA E HAS.....	14
1.2. JUSTIFICATIVA.....	18
1.3. OBJETIVOS.....	18
1.4. HIPÓTESES.....	18
2. MATERIAIS E MÉTODOS	18
2.1. AMOSTRA.....	19
2.2. ENTREVISTA ESTRUTURADA.....	19
2.3. INSTRUMENTOS DE MEDIDA.....	19
2.3.1. SF-36.....	20
2.3.2. MINICHAL.....	20
2.4. PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	21
2.5. ANÁLISE DOS DADOS.....	21
3.RESULTADOS	22
5.DISSCUSSÃO	33
6.CONCLUSÃO	35
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
APÊNDICES.....	38
ANEXOS.....	47

1. INTRODUÇÃO

A elevação da pressão arterial representa um fator de risco independente, linear e contínuo para doença cardiovascular. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) apresenta custos médicos e sócio-econômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades¹⁷.

No Brasil, em 2003, 27,4% dos óbitos foram decorrentes de doenças cardiovasculares, taxa muito elevada em comparação com outros países. A principal causa de morte em todas as regiões do Brasil é o acidente vascular cerebral (40% das mortes) seguida por doenças coronarianas (25%), acometendo as mulheres em maior proporção¹⁷.

Inquéritos de base populacional realizados em algumas cidades do Brasil mostram prevalência de hipertensão arterial ($\geq 140/90$ mmHg) de 22,3% a 43,9%. Estudo brasileiro revelou que, em indivíduos adultos, 50,8% sabiam ser hipertensos, 40,5% estavam em tratamento e apenas 10,4% tinham pressão arterial controlada ($< 140/90$ mmHg). Idade avançada, obesidade e baixo nível educacional mostraram-se associados a menores taxas de controle¹⁷.

O tratamento da HAS envolve, além da terapêutica medicamentosa, a mudança de hábitos e estilos de vida. Com isso a qualidade de vida (QV) dos hipertensos pode sofrer uma interferência direta. Neste sentido, estudos que relacionem a HAS a QV adquirem suma importância. Na literatura existem poucos estudos mostrando essa relação, sendo que destes, a maioria utiliza questionários de qualidade de vida não específicos para hipertensos.

1.1. REVISÃO DA LITERATURA

1.1.1. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A HAS é caracterizada pelo aumento da pressão arterial. Em estudos populacionais, a pressão arterial tem relação direta com o risco de morte e de eventos mórbidos. Os limites de pressão arterial considerados normais são arbitrários e, na avaliação dos pacientes, deve-se considerar também a presença de fatores de risco, lesões de órgãos-alvo e doenças associadas. Segundo a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial¹⁷ a pressão arterial de pessoas maiores de 18 anos pode ser classificada como descrito na Tabela I.

Tabela I

Classificação da pressão arterial

Classificação	Pressão sistólica (mmhg)	Pressão diastólica (mmhg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Tabela I: Valores de referencia para a classificação da pressão arterial de indivíduos maiores de 18 anos.

OBS: Quando as pressões sistólica e diastólica de um paciente situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

O tratamento da HAS envolve a interação da terapia medicamentosa com a não medicamentosa. Nesta os pacientes devem adotar um estilo de vida saudável, eliminando hábitos que constituam fatores de risco para a doença. Entretanto, no acompanhamento à saúde dos pacientes, segundo se observa, é grande a dificuldade para a aquisição de hábitos saudáveis, pois a tomada de decisão com vistas à superação de hábitos nocivos à saúde, apesar de necessária, constitui uma decisão pessoal³.

A boa comunicação entre o profissional de saúde e o paciente é imprescindível para uma abordagem bem sucedida da hipertensão. Já que o tratamento da hipertensão acompanha o paciente por toda a vida, é essencial que o profissional de saúde estabeleça uma boa relação com o paciente, proporcione informações, verbal e escrita, e responda à todas as dúvidas que o paciente apresentar. Boas informações sobre pressão arterial e hipertensão arterial, sobre riscos e prognósticos, sobre os benefícios esperados com o tratamento e sobre os riscos e efeitos colaterais do tratamento serão essenciais para um controle satisfatório da hipertensão⁸.

A falha em estabelecer relação e comunicação efetiva com o paciente, geralmente, vai levar a uma baixa adesão à terapia hipertensiva e ao controle insatisfatório da pressão arterial⁸.

Uma das melhores maneiras de melhorar a adesão ao tratamento é envolver o paciente nas decisões das estratégias de tratamento. Outra abordagem seria informar o paciente sobre o uso e efeitos colaterais do medicamento. Enfermeiras bem treinadas podem contribuir para melhor aderência ao tratamento, assim como nutricionistas e profissionais capazes de implementar medidas de estilo de vida ⁸.

Outras medidas que podem ajudar incluem aferição da pressão arterial em casa e envolvimento da família do paciente no plano de tratamento ⁸.

A HAS é uma doença que pode trazer muitas complicações aos pacientes em diversos âmbitos de saúde. Sendo assim, o tratamento deve ser implementado por uma equipe multiprofissional para que todas as questões sejam abordadas, elucidadas e solucionadas, permitindo um controle eficaz da doença.

1.1.2. FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS PARA HAS

Segundo as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial¹⁷ há quatro fatores de risco para a HAS: o excesso de consumo de sódio, o excesso de massa corporal, o consumo elevado de bebidas alcoólicas e o sedentarismo.

O excesso de consumo de sódio contribui para a ocorrência de hipertensão. A relação entre aumento da pressão arterial e avanço da idade é maior em populações com alta ingestão de sal. Povos que consomem dieta com reduzido conteúdo deste têm menor prevalência de hipertensão e a pressão arterial não se eleva com a idade. Em população urbana brasileira, foi identificada maior ingestão de sal nos níveis sócio-econômicos mais baixos ¹⁷.

O excesso de massa corporal é um fator predisponente para a hipertensão, podendo ser responsável por 20% a 30% dos casos de hipertensão arterial; 75% dos homens e 65% das mulheres apresentam hipertensão diretamente atribuível a sobrepeso e obesidade. Estudos observacionais mostraram que ganho de peso e aumento da circunferência da cintura são índices prognósticos importantes de hipertensão arterial, sendo a obesidade central um importante indicador de risco cardiovascular aumentado ¹⁷.

O consumo elevado de bebidas alcoólicas como cerveja, vinho e destilados aumenta a pressão arterial. O efeito varia com o gênero, e a magnitude está associada à quantidade de etanol e à frequência de ingestão. Estudo observacional indica que o consumo de bebida alcoólica fora de refeições aumenta o risco de hipertensão, independentemente da quantidade de álcool ingerida ¹⁷.

O sedentarismo aumenta a incidência de HAS. Indivíduos sedentários apresentam risco aproximado 30% maior de desenvolver hipertensão que os ativos. O exercício aeróbio apresenta efeito hipotensor maior em indivíduos hipertensos que normotensos. O exercício resistido possui efeito hipotensor semelhante, mas menos consistente¹⁷.

O controle dos fatores de risco é além de uma forma de tratamento, um meio de se prevenir que aconteçam maiores complicações da doença.

1.1.3. QUALIDADE DE VIDA E HAS

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a QV como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”^{3,4}.

As experiências clínicas e as mudanças comportamentais dos indivíduos em face de tratamentos específicos propiciaram a instituição de medidas na avaliação de respostas do perfil de saúde dos pacientes. Concomitantes a esse fato surgiram propostas de avaliação da qualidade de vida obtidas por instrumentos ou escalas³.

Existem vários instrumentos ou questionários disponíveis que permitem razoável avaliação da QV de pacientes nas mais diversas doenças. Esses instrumentos podem ser divididos em dois grupos: os específicos e os genéricos. Os instrumentos específicos constituem uma maneira alternativa de avaliar determinados aspectos da QV de forma individual e específica, podendo detectar mudanças dos aspectos estudados. Os instrumentos genéricos são desenvolvidos e aplicados com a finalidade de refletir a vida dos pacientes em uma ampla variedade de populações, incluindo aspectos como função, disfunção e bem-estar emocional e físico⁴. Os dois grupos de instrumentos de avaliação não são mutuamente exclusivos. Cada questionário possui vantagens e desvantagens e, desta forma, sua escolha deve ser indicada para diferentes circunstâncias. É recomendada a associação dos dois grupos de instrumentos, pois as informações obtidas em cada um se complementam.

Bulpitt et al. (1976)⁵ citam alguns fatores que podem influenciar a QV em indivíduos com hipertensão arterial, são eles: os efeitos colaterais das drogas, as doenças que podem estar associadas à HAS, a necessidade de mudança dos hábitos de vida, e também o simples diagnóstico da doença, o qual provoca, aparentemente, o silêncio do corpo e a lembrança da doença como fator de mortalidade.

Diversos motivos justificam o interesse da pesquisa em QV, especialmente nos casos de condições crônicas: conhecimento do impacto da doença sobre as atividades diárias;

avaliação do impacto dos tratamentos com intenção de cura, ou como tratamento paliativo, obtenção de informações que permitam a comparação entre diferentes tratamentos; melhora nos cuidados e reabilitações; avaliação da preferência do paciente perante o tratamento proposto e, ainda, o respaldo nas decisões de políticas de saúde direcionadas à diminuição do ônus representado pela doença ⁵.

Um estudo descritivo e transversal realizado em um hospital universitário em Campo Grande, MS (2001) ¹³, visou avaliar a QV de hipertensos adultos hospitalizados. A amostra era constituída de 83 pacientes, no qual era aplicado um formulário constituído de 3 partes: dados sócio-demográficos; dados sobre a qualidade de vida – aplicação do questionário Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) e dados de percepção e gravidade da doença. Os dados foram coletados pelo método de auto-relato por meio de entrevista com preenchimento do formulário. Houve diferença significativa, em comparação com os outros itens do instrumento, apenas nas escalas de Estado Geral da Saúde e Capacidade Funcional. Dessa forma, o autor concluiu que embora a hipertensão seja uma doença grave que leva a inúmeras complicações, na visão do hipertenso, sua doença não é grave e não afeta sua QV.

Bardage, C. et al. em 2001 ², realizaram um estudo para descrever a relação entre hipertensão arterial e QV na população de uma cidade no interior da Suécia, utilizando o SF-36. Este estudo foi baseado em envio via correio de questionário para 8000 habitantes com idade entre 20-84 anos da cidade de Uppsala, Suécia, registrados em 1995. Este questionário era composto por informações sobre saúde, cuidados com a saúde, medicamentos em uso, e auto-relato da qualidade de vida (SF-36). Dentre as perguntas havia: “Você apresenta outras complicações ou sintomas?” respostas de diabetes, angina, infarto agudo do miocárdio e tabagismo eram reservados para análise estatística. No total, 5404 pessoas responderam ao questionário (68%), sendo que desses, 9,3% se declararam hipertensos. Resultados encontrados foram que pessoas hipertensas apresentaram menor escore no SF-36 quando comparados com pessoas normotensas. E pessoas que são hipertensas e apresentam diabetes, angina, infarto agudo do miocárdio e tabagismo associados apresentam escore menor ainda que as que eram somente hipertensas. Os autores concluíram que pessoas hipertensas de uma população em geral, apresentam uma pior QV do que pessoas normotensas. E que fatores como angina, infarto agudo do miocárdio prévio, diabetes e tabagismo estão associados com essa pior QV dentre as pessoas hipertensas.

Em 2001 Erickson, S.R. et al.⁷ fizeram um estudo para testar a hipótese de que pacientes hipertensos que tomam medicação anti-hipertensiva tem mais sintomas, maior

“sofrimento” associado com os sintomas e menor QV em comparação com pacientes saudáveis. Mais especificamente, hipotetizaram que as maiores diferenças ocorreriam nas medidas de função física, vitalidade e sintomas depressivos. Foram avaliados 120 sujeitos (60 com HAS e 60 saudáveis) maiores de 30 anos. Foram incluídos no grupo de hipertensão pacientes com diagnóstico da doença e em tratamento para a mesma. No grupo controle foram excluídos os pacientes com outras co-morbidades. Os pacientes responderam à um questionário que incluía idade, gênero, raça, naturalidade, nível de escolaridade, tempo de diagnóstico de HAS, medicamentos tomados, dose e tempo que tomavam a medicação. Os sintomas eram identificados usando “Symptom Distress Checklist” modificada e o SF-36 foi usado para medir QV. Os pacientes hipertensos relataram significativamente mais sintomas que causavam “sofrimento” e um maior nível total de sofrimento associado com os sintomas em relação aos pacientes do grupo controle. Em todas as escalas pacientes com hipertensão apresentaram escore menor (pior função) que os pacientes do grupo controle. E os pacientes do grupo controle que apresentavam o nível pressórico controlado tiveram escore melhor que os pacientes hipertensos sem nível pressórico controlado.

Em 2005 Silqueira, S.M.F.¹⁵ em sua tese de doutorado realizou um estudo do tipo transversal com o objetivo de descrever a QV relacionada a saúde de pacientes hipertensos de uma Unidade Básica de Saúde de Nova Lima, município de Minas Gerais, segundo o instrumento genérico de avaliação da QV relacionada a saúde SF-36 e avaliar a consistência interna do presente instrumento por meio dos valores de alfa de Cronbach e de correlação de produto momento de Pearson entre seus domínios. Foram avaliados 256 pacientes com diagnóstico de HAS que realizavam o acompanhamento da pressão arterial através da mensuração periódica, que não apresentavam doenças associadas e não eram obesos. A maioria deles eram do sexo feminino, idosos, da raça negra, com primeiro grau completo no nível de escolaridade e com profissão “do lar”. Os resultados demonstraram que houve consistência nas respostas às questões (alfa de Cronbach de 0,92) e que o grupo estudado apresentou um elevado perfil de saúde, sendo que os menores escores encontrados foram na dimensão da vitalidade e capacidade funcional e os maiores no aspecto físico, aspecto emocional e aspecto social. Concluiu-se que o instrumento é válido para avaliar, de forma multidimensional, o perfil de saúde do grupo considerado e que apesar da HAS ser considerada uma doença crônica de caráter progressivo-degenerativo, não foram encontrados, neste estudo, resultados que demonstrassem comprometimento dos sujeitos em relação ao seu perfil de saúde.

Também em 2007, Cavalcante et al.⁴, fizeram um estudo com o objetivo de avaliar em hipertensos, aspectos qualitativos e quantitativos da QV, pela aplicação do questionário genérico SF-36, questões com enfoque na sexualidade, autopercepção da QV, número e tipo de medicamentos utilizados e a interferência na vida sexual. Foram avaliados 100 pacientes hipertensos com idades entre 40 e 85 anos do Ambulatório Regional de Especialidades – NGA 34 da cidade de Presidente Prudente (SP), no período de outubro de 2003 a fevereiro de 2004 e com história de HAS há mais de cinco anos. Todos os pacientes estavam sob algum tipo de tratamento anti-hipertensivo. Foram formados dois grupos: grupo A (n=46) tratamento padrão e freqüentadores do NGA 34 por cinco anos, grupo B (n=54) recém admitidos para iniciar o tratamento padrão no NGA 34. Realizou-se coleta de dados realizou-se coleta de dados que incluíram a idade, o sexo, a raça, o estado civil, o grau de instrução, a renda familiar em salários mínimos, a duração da HA e as co-morbidades. Questões com enfoque na sexualidade, autopercepção da QV, número e tipo de medicamentos utilizados e sua interferência na vida sexual foram aplicadas. O SF-36 foi aplicado em todos os pacientes. Na avaliação da QV sexual dos dois grupos, além de grande proporção de insatisfação, os pacientes hipertensos aderidos ao esquema de tratamento relataram maior insatisfação. Os resultados obtidos para os dois grupos com a aplicação do SF-36 não demonstraram diferenças na QV, apesar do melhor conhecimento da doença no grupo aderido. Com relação aos resultados obtidos por meio da aplicação do questionário SF-36, a menor média entre todos os domínios avaliados foi observada para os aspectos físicos, o que poderia estar associada à média de idade da amostra. O aspecto emocional apresentou grande variação. Apenas 10% não relataram variações emocionais, enquanto os outros relataram situações de tristeza (13%), ansiedade (15%) e nervosismo (34%).

Em 2008, nos Estados Unidos, Hayes et al.⁹ avaliaram em uma amostra nacionalmente representativa de pacientes hipertensos: QV auto-relatada, conhecimento dos pacientes de que possuíam a doença, tratamento dentre aqueles que sabiam da doença e nível pressórico entre aqueles que estavam em terapia anti-hipertensiva. Foi usada uma amostra de 8303 pacientes que responderam ao questionário de condição de saúde auto-relatado. Pacientes que se sabiam hipertensos tiveram escores menores que os pacientes que não se sabiam hipertensos. Pacientes que relataram uso correto da medicação anti-hipertensiva declararam menor saúde física que os pacientes que não seguiam a prescrição médica corretamente.

A QV é uma questão que permeia a preocupação de muitos profissionais da saúde. A identificação de fatores que afetem a QV permite que eles sejam abordados e modificados com a finalidade de melhorar a vida dos pacientes. A existência de poucos estudos que

contenham questionários específicos de QV e HAS dificulta a identificação correta desses fatores, pois questionários genéricos revelam problemas que muitas vezes não são causados diretamente pela HAS. Além disso, alguns estudos com questionários genéricos isolados resultam em diminuição da QV dos hipertensos, o que pode não ser completamente fidedigno em função de fatores adversos da HAS.

1.2. JUSTIFICATIVA

A grande prevalência da HAS no Brasil associada à existência de poucos estudos que relacionem a QV a essa doença, justificam a necessidade de pesquisas nessa área. Outro ponto relevante é que não há na literatura relato da aplicação do MINICHAL na população de Belo Horizonte.

1.3. OBJETIVOS

O objetivo do estudo foi avaliar a QV em indivíduos com hipertensão arterial atendidas em Unidades Básicas de Saúde da cidade de Belo Horizonte, utilizando um questionário genérico (SF-36) e um questionário específico (Mini-Cuestionario de Calidad de Vida em Hipertensión Arterial - MINICHAL), e associar esses resultados com os estilos de vida adotados por essas pessoas.

1.4. HIPÓTESES

H_{A1}: Pessoas com hipertensão arterial apresentam comprometimento em sua QV;

H_{A2}: Estilos de vida adotados por pessoas com hipertensão arterial influenciam na QV das mesmas.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo realizado foi do tipo transversal. Os dados foram coletados no período de agosto a setembro de 2009 em três Unidades Básicas de Saúde (UBS) da regional nordeste da cidade de Belo Horizonte: Centro de Saúde São Gabriel, Centro de Saúde São Marcos e Centro de Saúde Crisostomo de Castro.

2.1. AMOSTRA

Os participantes do estudo foram pacientes com diagnóstico de HAS atendidos nas UBS, com idade entre 18 e 65 anos, que aceitaram responder as perguntas do questionário e dos formulários de QV e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da pesquisa. (Apêndice A)

2.2. ENTREVISTA ESTRUTURADA

A entrevista estruturada foi montada especificamente para este estudo pelas pesquisadoras e foi composta por duas partes: dados sociodemográficos e controle dos fatores de risco para a HAS. Sobre os dados sociodemográficos foram coletados: nome, sexo, data de nascimento, idade, endereço, telefone, nível de escolaridade, renda familiar, profissão/ocupação, estado civil. A segunda parte da entrevista estruturada, teve como objetivo identificar se o paciente segue as recomendações de controle dos fatores de risco modificáveis segundo as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. A entrevista consiste de dez perguntas, sendo que a resposta é dada de forma simples (sim/não). As perguntas são: “Você regula o sal na dieta?”; “Você ingere bebida alcoólica?”; “Você pratica atividade física regular (3 vezes na semana/mínimo)?”; “Você toma os medicamentos anti-hipertensivos corretamente?”; “Você é fumante?”; “Você é diabético?” “Você apresenta alguma doença associada (angina, infarto agudo do miocárdio)?”; “Você apresenta colesterol elevado?”; “Você já apresentou colesterol elevado?”; “Há casos na família de hipertensão arterial ou doenças cardiovasculares?”. Para o fator de risco obesidade, foi mensurado peso e altura para o cálculo do IMC, além da medida da circunferência abdominal de cada indivíduo participante da pesquisa.

2.3. INSTRUMENTOS DE MEDIDA

O IMC foi calculado por meio de análise do peso dos pacientes, medido em uma balança antropométrica, dividido pela altura, medida também pelo estadiômetro da balança antropométrica, elevada ao quadrado.

A circunferência abdominal foi medida por meio de uma fita métrica flexível de 1,5m.

Neste estudo, para análise da QV foram utilizados um questionário genérico, o SF- 36 e um questionário específico para HAS, o MINICHAL (Mini-Cuestionario de Calidad Vida em Hipertensión Arterial).

2.3.1. SF-36

O SF-36 é um formulário genérico de QV que teve sua utilidade demonstrada na literatura internacional. No Brasil, foi validado e objeto de adaptação cultural, sendo utilizado em diferentes áreas da saúde. O SF-36 é um formulário auto-aplicável ou submetido em entrevista face a face ou por telefone. Foi traduzido e adaptado em 29 países e utilizado entre diferentes grupos de pacientes, incluindo portadores de hipertensão arterial. Apresenta 36 itens ou questões e é dividido em nove domínios, a saber: ³

1. Estado geral da saúde (GS), com cinco itens;
2. Evolução do estado da saúde (EV), que realiza comparação das condições da saúde atual às percebidas há um ano, com um item;
3. Capacidade funcional (CF), com dez itens;
4. Desempenho físico (DF), com quatro itens;
5. Aspectos emocionais (AE), com três itens;
6. Aspectos sociais (AS), com dois itens;
7. Dor (DR), com dois itens;
8. Vitalidade (VT), com quatro itens;
9. Saúde Mental (SM), com cinco itens ³.

Para cada item, o paciente deve escolher apenas uma opção. Para cada domínio do SF-36, os itens são codificados e transformados em escala de zero a 100 pontos, utilizando-se pontuação e interpretação própria da escala. Dessa forma, obtém-se um escore médio: o maior escore indica melhor estado da saúde ou QV, e os escores menores pior situação ou QV prejudicada ³.

Existem contradições na literatura quanto ao ponto de corte na escala do SF-36, dessa forma, adotaremos em nosso estudo que valores acima de 60 pontos, em uma escala de 0 a 100, indicam uma QV preservada ou boa.

2.3.2. MINICHAL-BRASIL

O MINICHAL é o questionário específico mais utilizado para a avaliação da QV em hipertensos, e é de rápida aplicação. O MINICHAL tem sua versão original em espanhol e já foi traduzido e adaptado transculturalmente para o Brasil (MINICHAL-BRASIL) ¹⁶.

O MINICHAL-BRASIL é composto por 17 questões e dois domínios: Estado Mental e Manifestações Somáticas. As respostas dos domínios estão distribuídas em uma escala de frequência do tipo Likert e têm quatro opções de respostas de 0 (Não, absolutamente) a 3 (Sim, muito). O paciente deve responder às questões fazendo referência aos últimos sete dias. Nessa escala, quanto mais próximo a 0 estiver o resultado, melhor a QV. O domínio Estado Mental compreende as questões de 1 a 9, sendo a pontuação máxima de 27 pontos. O domínio Manifestações Somáticas compreende as questões de 10 a 16 e tem pontuação máxima de 21 pontos. A última questão tem como objetivo verificar como o paciente avalia que a hipertensão e o seu tratamento têm influenciado na sua QV. A versão brasileira apresenta uma confiabilidade alfa de 0,88 para o domínio Estado Mental e confiabilidade alfa de 0,86 para o domínio Manifestações Somáticas ¹⁶.

Em 2008, Melchior ¹² converteu o escore original do instrumento para uma escala de zero a cem, sendo zero o pior nível e cem, o melhor nível de qualidade de vida. Essa conversão foi utilizada para que se pudesse comparar os resultados do MINICHAL-BRASIL à escala abreviada de QV da OMS (WHOQOL-Bref), que originalmente utiliza esta escala. Neste estudo fizemos a conversão dos resultados pelas mesmas razões supracitadas.

2.4. PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi composta por: entrevista, aplicação do questionário de QV genérico – SF-36 e aplicação do questionário de QV específico para hipertensos – MINICHAL-BRASIL. Em um segundo momento, foi mensurado o peso corporal (kg) e a altura (m) de cada participante da pesquisa, utilizando balança antropométrica, para o cálculo do IMC (kg/m²); além da medida da circunferência abdominal, utilizando uma fita métrica. (Apêndice B)

O MINICHAL, versão em português (MINICHAL-BRASIL) e o SF-36 foram auto-aplicados com supervisão das graduandas. No caso de sujeito da pesquisa ser analfabeto as graduandas leram as perguntas e anotaram as respostas. Modelos dos questionários estão em anexo.

2.5. ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta de dados, foi realizada a análise dos mesmos, relacionando os escores dos dois questionários aplicados e fatores modificáveis e não modificáveis com a QV dos indivíduos da amostra.

A análise descritiva foi realizada através de tabelas e gráficos de distribuição de frequência e medidas descritivas como média e desvio padrão.

3. RESULTADOS

Dos 30 (trinta) hipertensos participantes da pesquisa, 7 (23,3%) eram do sexo masculino e 23 (76,67)% do sexo feminino (Gráfico I). As idades variaram de 40 a 65 anos com média de 57 ± 7 anos. O nível de escolaridade variou de analfabeto a 3º grau completo, sendo que 15 participantes (50%) apresentavam o 1º grau incompleto. A média da renda familiar foi de 2,3 salários mínimos (salário vigente: R\$ 450,00).

Dentro da amostra, 4 indivíduos apresentaram IMC normal, ou seja, menor do que 25 kg/m^2 ; 16 apresentaram sobrepeso (IMC entre 25 e 30 kg/m^2); e 10 indivíduos apresentaram IMC maior que 30 kg/m^2 (33,34% da amostra) e foram classificados como obesos (Gráfico II) A média da circunferência abdominal dos homens foi de 93,14 cm e entre as mulheres foi de 99,95.

Dentre todos os entrevistados, apenas um não utilizava medicamento anti-hipertensivo para o controle da pressão arterial. Dos 29 restantes, 93,1% utilizavam o medicamento anti-hipertensivo corretamente e 6,89% não utilizavam (Gráfico III). Oitenta e três por cento relataram que regulavam o sal na dieta. Em relação aos estilos de vida, 30% se declararam etilistas, o tabagismo foi frequente em 6,6% dos indivíduos e 50% relataram que praticavam atividade física regular. Do total, 30% eram diabéticos e 3,3% apresentavam doenças cardiovasculares associadas. Em relação à dislipidemia, 36,67% apresentavam colesterol elevado e 50% já apresentaram, sendo que dentre esses 73,3% realizaram o controle através da medicação, 20% através da dieta e 6,67% através da atividade física. Além disso, dos 30 hipertensos entrevistados, 93,33% apresentam algum caso de doenças cardiovasculares na família (Gráfico IV).

Gráfico I – Relação entre homens e mulheres participantes do estudo

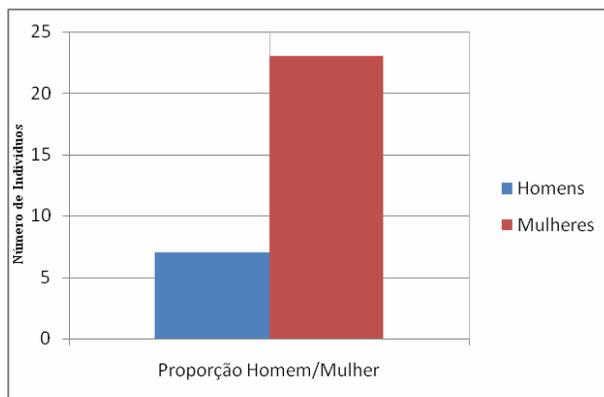


Gráfico II – Relação do IMC dos participantes

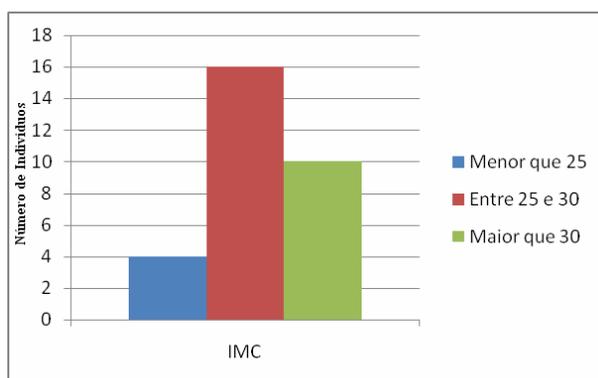


Gráfico III – Proporção do uso correto da medicação entre os participantes

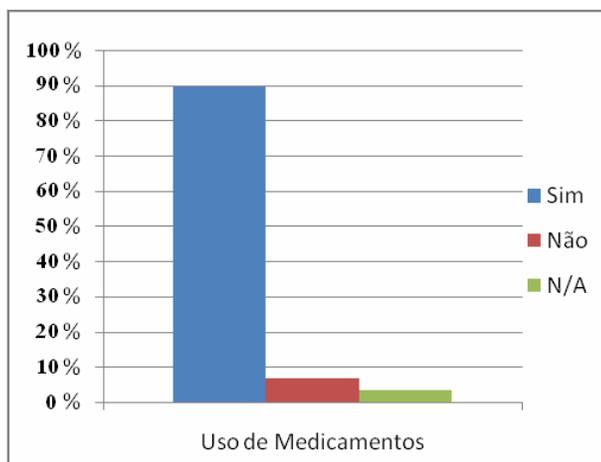
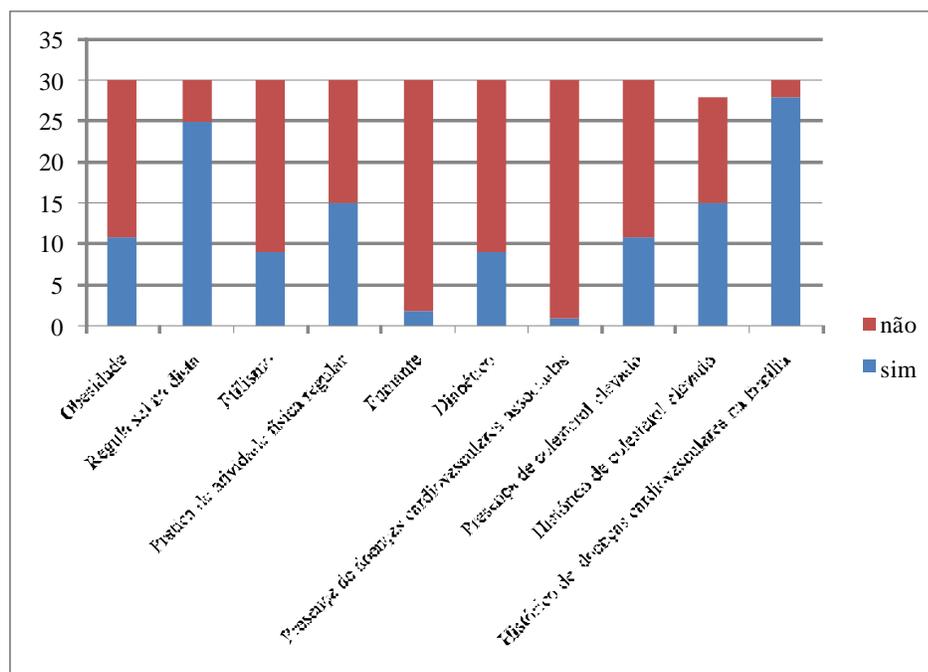


Gráfico IV – Relação do estilo de vida dos participantes



Os resultados encontrados na escala do SF-36 mostraram que houve maior comprometimento no domínio “dor”, considerando-se as médias inferiores a 60 pontos. Mais dois domínios apresentaram médias próximas ao limite de comprometimento da QV apresentando valores entre 60,83 e 61,49, domínios “desempenho físico” e “estado geral da saúde” respectivamente, índices também considerados baixos (Tabela II).

Tabela II

Valores obtidos nos diferentes domínios do SF-36, entre os 30 portadores de hipertensão arterial. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2009.

Domínios *	Itens	Média ± DP	Varição (mínimo-máximo)
Capacidade funcional	10	70,67 ± 22,73	25-100
Desempenho físico	4	60,83 ± 40,30	0-100
Dor	2	55,10 ± 29,64	0-100
Estado geral de saúde	5	61,49 ± 19,30	15-92
Vitalidade	4	69,83 ± 18,82	25-100
Aspectos sociais	2	77,50 ± 23,07	25-100
Aspectos emocionais	3	70,00 ± 37,50	0-100
Saúde mental	5	75,73 ± 16,57	32-100

Tabela II: Resultados encontrados nos domínios do SF-36

* Excluiu-se desta tabela o domínio “evolução do estado de saúde” porque se realiza comparação das condições de saúde atual com as percebidas há um ano, não sendo empregadas média ou desvio padrão;

Os resultados encontrados na aplicação do MINICHAL-BRASIL mostraram que houve maior comprometimento no domínio Estado Mental: a média foi de 5,3 pontos, apresentando desvio padrão de 3,9 com variação de 0 a 15 pontos, sendo que o máximo é 27. No domínio Manifestações Somáticas a média foi de 3,8 pontos, apresentando desvio padrão de 3,3 com variação de 0 a 12 pontos, sendo o máximo 21.

A média do escore total do MINICHAL-BRASIL, numa escala de 0 a 100, foi de 80,9%. As médias obtidas por domínios foram bastante próximas, sendo no domínio estado mental de 80,3% e no domínio manifestações somáticas de 81,7%.

Para o instrumento MINICHAL-BRASIL a avaliação da última pergunta, “Você diria que sua hipertensão e o tratamento da mesma têm afetado sua QV?”; 3,33% (n=1) dos pacientes disseram afetar bastante a QV, 6,67% (n=2) dos pacientes disseram afetar pouco e 90% (n=27) disseram não afetar a QV.

Fizemos uma comparação entre os escores dos domínios e pontuação total do MINICHAL e os escores dos domínios do SF-36 de pacientes: praticantes/não praticantes de atividades físicas aeróbicas regulares; etilistas/não etilistas; IMC normal/sobrepeso/obesidade e fumantes/não fumantes.

Com relação à prática de atividade física dos hipertensos, os que praticam atividades físicas possuem melhores parâmetros tanto no SF-36, quanto no MINICHAL. Isso indica uma melhor QV dos fisicamente ativos (Tabelas III e IV).

Tabela III

Influência da prática de atividades físicas aeróbicas na qualidade de vida de pessoas com HAS medida pelo MINICHAL

Classificação	MINICHAL		
	Total do instrumento	Estado mental	Manifestações somáticas
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
Praticantes	84,4(11,8)	82,7(14,5)	86,7(10,4)
Não praticantes	77,5(14,5)	78(14,8)	76,8(19,1)

OBS: Foram considerados indivíduos praticantes os que praticam atividade física aeróbica regularmente 30min por dia, 3 a 5 vezes por semana

Tabela IV

Influência da prática de atividades físicas aeróbicas na qualidade de vida de pessoas com HAS medida pelo SF-36

Classificação	SF-36							
	Capacidade funcional Média (DP)	Limitação por aspectos físicos Média (DP)	Dor Média (DP)	Estado geral de saúde Média (DP)	Vitalidade Média (DP)	Aspectos sociais Média (DP)	Aspectos emocionais Média (DP)	Saúde Mental Média (DP)
Praticantes	76,3(19,9)	68,3(41,7)	65,5(22,2)	64,5(19,5)	73(14,6)	81,7(22,1)	84,5(30,5)	81,1(12,9)
Não praticantes	65(24,6)	53,3(38,8)	44,7(33,1)	58,4(19,3)	66,7(22,3)	73,3(24)	55,6(39,2)	70,4(18,5)

OBS: Foram considerados indivíduos praticantes os que praticam atividade física aeróbica regularmente 30min por dia, 3 a 5 vezes por semana

Com relação ao etilismo os etilistas apresentaram piores resultados nos quesitos dor (média de 53,11) e estado geral de saúde (média 60,4) do SF-36, já os não etilistas apresentaram piores escores nos quesitos limitação por aspectos físicos (média 54,76), dor (média 55,95) e estado geral de saúde (média 61,95) do mesmo questionário. No questionário MINICHAL a QV pode ser considerada boa em ambos os grupos sendo que foi um pouco pior nos não etilistas (Tabelas V e VI).

Tabela V

Influência do etilismo na qualidade de vida de pessoas com HAS medida pelo MINICHAL

Classificação	MINICHAL		
	Total do instrumento	Estado mental	Manifestações somáticas
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
Etilistas	82,9(12,9)	84,8(9,5)	80,4(21,9)
Não etilistas	80,2(13,9)	78,5(16,1)	82,3(13,2)

Tabela V: Influência do etilismo na qualidade de vida de pessoas com HAS medida pelo MINICHAL

Tabela VI

Influência do etilismo na qualidade de vida de pessoas com HAS medida pelo SF-36

Classificação	SF-36							
	Capacidade funcional Média (DP)	Limitação por aspectos físicos Média (DP)	Dor Média (DP)	Estado geral de saúde Média (DP)	Vitalidade Média (DP)	Aspectos sociais Média (DP)	Aspectos emocionais Média (DP)	Saúde Mental Média (DP)
Etilistas	80(22,2)	75(37,5)	53,1(36,3)	60,4(19,3)	72,8(16,8)	77,8(13,7)	70,4(38,9)	75,1(16)
Não etilistas	66,7(22,3)	54,8(40,8)	56(27,3)	62(19,8)	68,6(19,9)	77,4(26,4)	69,8(37,9)	76(17,2)

Com relação ao IMC os participantes com IMC normal apresentaram piores escores nos quesitos dor (média 54,8), limitação por aspecto físico (média 30) e aspectos emocionais (média 46,68), os considerados com sobrepeso apresentaram pior escore no quesito dor (média 53,37) e os considerados obesos piores escores nos quesitos dor (média 58,33) e estado geral de saúde (média 56,77) no questionário SF-36. No MINICHAL todos tiveram boa QV sem alterações relevantes (Tabelas VII e VIII).

Tabela VII

Influência do IMC na qualidade de vida de pessoas com HAS Medida pelo MINICHAL

Classificação	MINICHAL		
	Total do instrumento	Estado mental	Manifestações somáticas
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
IMC normal	80,8(8,4)	80,7(9,6)	81(10,6)
Sobrepeso	79,7(15)	78,9(16,4)	80,7(18,3)
Obesidade	83,3(13,7)	82,7(14,6)	84,1(15,1)

Tabela VIII

Influência do IMC na qualidade de vida de pessoas com HAS medida pelo SF-36

Classificação	SF-36							
	Capacidade funcional Média (DP)	Limitação por aspectos físicos Média (DP)	Dor Média (DP)	Estado geral de saúde Média (DP)	Vitalidade Média (DP)	Aspectos sociais Média (DP)	Aspectos emocionais Média (DP)	Saúde Mental Média (DP)
IMC normal	70(28,9)	30(44,7)	54,8(32,3)	67,6(14,4)	73(16,8)	77,5(24)	46,7(44,7)	74,4(19,1)
Sobrepeso	65(24,6)	67,2(37,3)	53,4(34,5)	62,2(19,1)	69,7(17,5)	78,9(19,2)	77,1(33,8)	77(16,2)
Obesidade	81,1(11,4)	66,7(39,5)	58,3(20,3)	56,8(22,7)	68,3(16,2)	75(30,6)	70,4(38,9)	74,2(17,8)

Com relação ao tabagismo os não fumantes apresentaram piores escores nos quesitos dor (média 57,17) e limitação por aspectos físicos (média 58,92), já os fumantes nos quesitos dor (média 26) e estado geral de saúde (média 57) no questionário SF-36. Já no MINICHAL os fumantes apresentaram pior escore no quesito manifestações somáticas (média 60). Sendo os fumantes considerados, portanto, com pior QV do que os não fumantes (Tabelas IX e X).

Tabela IX

Influência do tabagismo na qualidade de vida de pessoas com HAS medida pelo MINICHAL

Classificação	MINICHAL		
	Total do instrumento	Estado mental	Manifestações somáticas
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
Não fumantes	81,3(13,5)	80(15)	83(14,6)
Fumantes	76(16,2)	85,2(5,2)	64,3(30,3)

Tabela X

Influência do tabagismo na qualidade de vida de pessoas com HAS medida pelo SF-36

Classificação	SF-36							
	Capacidade funcional Média (DP)	Limitação por aspectos físicos Média (DP)	Dor Média (DP)	Estado geral de saúde Média (DP)	Vitalidade Média (DP)	Aspectos sociais Média (DP)	Aspectos emocionais Média (DP)	Saúde Mental Média (DP)
Não fumantes	71,4(21,9)	58,9(41)	57,2(28,8)	61,8(19,8)	70,5(18,9)	78,6(23,3)	70,2(37,8)	77(15,7)
Fumantes	60(42,4)	87,5(17,7)	26(36,8)	57(14,1)	60(21,2)	62,5(17,7)	66,7(47,2)	58(25,5)

4. DISCUSSÃO

A eficácia de uma intervenção e o tratamento são alvos constantes de pesquisas envolvendo portadores de HAS. Isso tem levado os pesquisadores a desenvolver melhores instrumentos para a medida da QV¹⁸. Com esses instrumentos é possível compreender melhor a doença e propor melhores formas de tratamento.

Uma melhora na qualidade de vida dos pacientes com HAS pode ser observada quando esse tem um melhor nível educacional e estão trabalhando, além disso, estabilidade social (indivíduos casados) está associada a um significativo aumento na QV¹⁹.

Observa-se também que indivíduos jovens e homens têm uma melhor QV, principalmente no que diz respeito ao fator emocional, demonstrando que este tipo de população tolera mais as doenças crônicas sem se tornar emocionalmente afetadas por elas¹⁹.

Estudos comprovam que o melhor controle da pressão arterial tem um impacto positivo na QV, sendo um fator independente para a melhora da mesma. Este fato acontece devido ao não controle da pressão arterial trazer uma maior reação de ansiedade e depressão e, conseqüentemente, uma piora na qualidade de vida¹⁹.

A maioria dos entrevistados foi do sexo feminino (n=23; 76,67% da amostra). Isso é observado talvez em razão das características da mulher como cuidadora e mais atenta aos aspectos de sua saúde, ocasionando assim uma maior demanda feminina em uma Unidade Básica de Saúde.

Apesar do critério de inclusão da pesquisa ser de indivíduos com idade entre 18 e 65 anos, a amostra foi composta de indivíduos de 40 a 65 anos, com média de 57 ± 7 anos. Isto se explica, talvez, pelo fato de que, com o aumento da idade, aumente também a frequência de problemas crônicos, dentre eles a hipertensão arterial.

Na análise dos diferentes domínios do SF-36, o maior comprometimento ocorreu no domínio “dor” (média de 55,10), considerando-se as médias inferiores a 60 pontos. Os demais domínios, entretanto, apresentaram valores entre 60,83 e 77,50; considerando que a melhor QV deveria ser 100 pontos, verifica-se o comprometimento em todos os domínios do SF-36. Esses valores sugerem que, a hipertensão arterial com sua cronicidade, pode levar ao comprometimento da QV do indivíduo.

Na avaliação do domínio “dor”, que investiga a presença de sofrimento, fundamentando-se na intensidade da dor, extensão ou interferência nas atividades de vida diária, observaram-se índices muito baixos (média de 55,10), indicando a interferência deste fenômeno na vida dos entrevistados. Evidências crescentes apontam a interferência da dor na

QV de pacientes com HAS ^{3,11}. A doença hipertensiva é considerada silenciosa e assintomática. Estudos realizados demonstraram que as pessoas, ao serem questionadas sobre dor na hipertensão, referiram sintomas como: dores de cabeça, dores no peito, tontura, alterações nos batimentos cardíacos, alterações visuais e agitações. Conforme se percebe, apesar de a medicina caracterizar os sintomas como inespecíficos, as pessoas apresentam como sintomatologia sensações corpóreas bem específicas, que podem causar interferência nas atividades cotidianas, com prejuízos na QV ^{1,10}.

Ao se avaliar o domínio “*desempenho físico*”, que pesquisava limitações no tipo e quantidade de trabalho e o quanto estas limitações dificultam sua realização e das atividades de vida diária individuais. Encontrou-se prejuízo da QV, (média = 60,83) índice muito próximo do limite de comprometimento, que pode ter sido influenciado pela média de idade da amostra assim como relatado por Cavalcante et. al. (2007) ⁴.

O domínio “*estado geral de saúde*”, demonstrou o terceiro menor índice (média =61,49), valor próximo do limite de comprometimento (média 60), provavelmente em decorrência das manifestações clínicas relacionadas à etiologia da hipertensão arterial e ao tratamento instituído.

Analisando os índices do questionário MINICHAL-BRASIL, observou-se um maior comprometimento no domínio Estado Mental (média = 80,3), no entanto os valores do domínio Manifestações Somáticas (média = 81, 7) e o escore total (80,9) ficaram muito próximos. Isso demonstra que, segundo o MINICHAL, não há comprometimento na QV, considerando o limite de comprometimento de média 60; comprovado também com a última pergunta do questionário, no qual 90% dos entrevistados responderam que a HAS não interfere na QV.

Baseando nos dados obtidos nos dois questionários, podemos inferir que outros fatores que não estão ligados à HAS, como presença de co-morbidades e fatores psicossociais, interferem na QV. Isso pode ser explicado uma vez que houve comprometimento na QV no SF-36 (questionário genérico), porém quando aplicado um questionário específico (MINICHAL-BRASIL) não encontrou-se valores que demonstrassem tal comprometimento.

Ao comparar as médias dos escores do MINICHAL e SF-36 de praticantes de atividades físicas aeróbicas (no mínimo 30min 3x na semana) com os de não praticantes, todas as médias dos escores dos praticantes foram maiores em comparação aos não praticantes (Tabela III). O que enfatiza ainda mais a importância da prática de uma atividade física regular e comprova os benefícios, tanto físicos como emocionais, que tal atividade

proporciona para o indivíduo. Sendo assim praticantes de atividades físicas tendem a apresentar uma melhor QV.

Na comparação das médias dos escores do MINICHAL e SF-36 de fumantes e não fumantes, os não fumantes obtiveram médias maiores, exceto no domínio Limitação por Aspectos Físicos do SF-36 - fumantes 87,5(17,7) / não fumantes 58,9(41). Isso demonstra que tabagistas apresentam uma pior QV em comparação com os não tabagistas, fato já constatado no estudo de Bardage, C. et al.²

Ao fazer a comparação das médias dos escores do MINICHAL e SF-36 de etilistas/não etilistas e IMC normal/sobrepeso/obesidade encontramos médias maiores na maioria dos domínios dos dois questionários em etilistas e obesos. Esse achado é controverso ao que encontramos na literatura, mas pode ser explicado por viés de admissão e amostragem. Além disso, no caso dos etilistas, não foi perguntada a quantidade de bebida alcoólica ingerida, nem a frequência.

5. CONCLUSÃO

A QV relacionada à HAS é ainda pouco estudada. A maioria dos estudos até hoje foram feitos com questionários genéricos. Muitos desses estudos apresentam resultados que indicam a existência de uma pior QV em hipertensos, porém muitas vezes a diminuição da QV pode ser decorrente de fatores adversos à HAS. Por outro lado, a avaliação da QV apenas com questionários específicos também pode ficar comprometida em função da subjetividade do conceito de QV. Nosso estudo vem reforçar a necessidade da associação de questionários genéricos e específicos para que se possa com maior precisão identificar a real QV dos pacientes hipertensos e os verdadeiros motivos dessa possível alteração. Mais estudos devem ser feitos para que se possa chegar a um consenso e, conseqüentemente, aproveitar os resultados para se interferir no tratamento de forma clara e objetiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALVES, M. G. M. A voz do hipertenso: representações sociais da hipertensão arterial. Um estudo de caso em Jurujuba, Niterói-RJ. 1997. Dissertação de Mestrado - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 1997.
2. BARDAGE, C. et al. Hypertension and health-related quality of life: na epidemiological study in Sweden. *Journal of Clinical Epidemiology*, v54, p172-181. 2001.
3. BRITO, D.M.S et al. Qualidade de Vida e Percepção da Doença entre Portadores de Hipertensão Arterial. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v24, p933-940, abril. 2008.
4. CAVALCANTE, M. A. Qualidade de Vida de pacientes Hipertensos em Tratamento Ambulatorial. *Arq. Bras. Cardiologia*, v89(4), p245-250. 2007.
5. CHALMERS, J. et al. 1999 World Health Organization – International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. *Journal of Hypertension* 1999, 17:151±183.
6. CUSACHS, A. R. et al. Relación entre Variables clínicas y terapéuticas y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con hipertensión arterial. Estudio MINICHAL. *Med Clin (Barc)*, v121, p12-17. 2003.
7. ERICKSON, S. R. Perceived symptoms and health-related quality of life reported by uncomplicated hypertensive patients compared to normal controls. *Journal of Human Hypertension*, v15, p539-548. 2001.
8. Guidelines Subcommittee. 1999 World Health Organization-International Society of Hypertension guidelines for the management of hypertension. *J Hypertens*. 1999;17:151–183.
9. HAYES, D. K. et al. Health-related quality of life and hypertension status, awareness, treatment, and control: National Health and Nutrition Examination Survey, 2001-2004. *Journal of Hypertension*, v26, p641-647. 2008.
10. LIMA, M. T.; BUCHER, J. S. N. F; LIMA, J. W. O. A hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. *Cad Saúde Pública*, v20, p1079-1087. 2004

11. MAGNOBOSCO, P. Qualidade de vida relacionada à saúde do indivíduo com hipertensão arterial integrante de um grupo de convivência. Dissertação de mestrado - Escola de enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP). 2007.
12. MELCHIORS, A. C. Hipertensão Arterial: Análise dos Fatores Relacionados com o Controle Pressórico e a Qualidade de Vida. Dissertação de mestrado - Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná. 2008.
13. REIS, M. G. et al. Adultos Hipertensos Hospitalizados: Percepção de Gravidade da Doença e Qualidade de Vida. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v9, p51-57, MAI. 2001.
14. ROBBINS, M. A. *et al.* Unmedicated blood pressure levels and quality of life in elderly hypertensive women. Psychosomatic Medicine, v. 56, p.251-256, 1994.
15. SILQUEIRA, S.M.F. O questionário genérico SF-36 como instrumento de mensuração da qualidade de vida relacionada a saúde em pacientes hipertensos. 112p. Tese de doutorado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2005.
16. SCHULZ, R. B. et al. Validação do mini-questionário de qualidade de vida em hipertensão arterial (MINICHAL) para o português (Brasil). Arq. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 90, n. 2. 2008.
17. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo; 2006. Disponível em URL: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2006/VDiretriz-HA.asp>. Acesso em: 20 maio 2008.
18. YAO, G.; WU, C.-H. Factorial invariance of the WHOQOL-BREF among disease groups. Quality of Life Research, v. 14, p.1881-1888, 2005.
19. YOUSSEF, R. M.; MOUBARAK, I. I.; KAMEL, M. I. Factors affecting the quality of life of hypertensive patients. Eastern Mediterranean Health Journal, v. 11, p.109-118, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Participação no
Estudo Projeto de Pesquisa: Avaliação da qualidade de vida de indivíduos hipertensão
arterial atendidas em Unidades Básicas de Saúde**

Pesquisadores: Prof. Dra. Raquel Rodrigues Britto; Amanda Maria Ramos; Fabiana de Rosa Oliveira, Reisziane Meire de Freitas.

Instituição: Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais

Endereço: Departamento de Fisioterapia - Av. Antônio Carlos, 6627 - EEEFTO - 3º andar - Campus Pampulha Fone: 3409-4783

Prezado(a) senhor(a):

Desde já, agradecemos sua colaboração.

Essa pesquisa trata-se de um estudo para obtenção do título de Graduado em Fisioterapia pelo Departamento de Fisioterapia da Escola de Ed. Física Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais.

O objetivo desta pesquisa é avaliar a qualidade de vida dos indivíduos com hipertensão arterial atendidos em Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte, utilizando um questionário genérico (SF-36) e um questionário específico (MINICHAL) e associar esses resultados com o estilo de vida adotado por essas pessoas.

Procedimento: Inicialmente, serão coletadas informações sobre dados pessoais, hábitos de saúde, medicações utilizadas, presença de doenças e problemas associados, dentre outras.

Em um segundo momento, o(a) senhor(a) irá responder à dois questionários. O SF-36, que apresenta 36 itens ou questões e é dividido em nove partes: estado geral da saúde; evolução do estado da saúde, que realiza comparação das condições da saúde atual às percebidas há um ano; capacidade funcional; desempenho físico; aspectos emocionais;

aspectos sociais; dor; vitalidade; saúde mental. Para cada item, o(a) senhor(a) deve escolher apenas uma opção. Para cada domínio do SF-36, os itens são codificados e transformados em escala de zero a 100 pontos, utilizando-se pontuação e interpretação própria da escala.

O(a) senhor(a) responderá também ao MINICHAL (Mini-Cuestionario de Calidad Vida em Hipertensión Arterial), questionário específico mais utilizado para a avaliação da qualidade de vida em hipertensos e é de rápida aplicação. É composto por 17 questões e dois domínios (estado mental e manifestações somáticas). Será necessário disponibilizar em torno de 20 minutos para esta entrevista.

Riscos e Desconfortos: Para assegurar seu anonimato, todas as suas respostas e dados serão confidenciais. Para isso, o(a) senhor(a) receberá um número de identificação ao entrar no estudo e o seu nome nunca será revelado em nenhuma situação. Quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer evento ou revista científica, o(a) senhor(a) não será identificado, uma vez que os resultados finais serão divulgados caracterizando o grupo de participantes do estudo.

Benefícios: Embora a informação coletada neste estudo possa não trazer benefícios diretamente ao senhor(a), os resultados podem ajudar profissionais da área de Cardiologia, a ampliar seus conhecimentos sobre a qualidade de vida de pacientes hipertensos, fornecendo informações relevantes para futuras pesquisas nessa área.

Recusa ou Abandono: A sua participação neste estudo é inteiramente voluntária, e o(a) senhor(a) é livre para recusar participar ou abandonar o estudo a qualquer momento. O(a) senhor(a) poderá fazer perguntas ou solicitar informações atualizadas sobre o estudo em qualquer momento do mesmo.

Depois de ter lido as informações acima, se for de sua vontade participar deste estudo, por favor, preencha o termo de consentimento.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que li e entendi as informações referentes a minha participação no estudo “**Avaliação da qualidade de vida de indivíduos com hipertensão arterial atendidas em Unidades Básicas de Saúde**”. Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e eu recebi uma cópia deste formulário de consentimento.

Desta forma, eu, _____

concordo em participar deste estudo.

Assinatura do sujeito ou responsável

Assinatura do pesquisador

Data: ____/____/____

Qualquer esclarecimento entrar em contato com:

Amanda Maria Ramos – telefone: (31)8715-2796

Fabiana Rosa de Oliveira – telefone: (31)9154-9089

Reisziane Meire de Freitas – telefone: (31)9814-0220

Prof^a.Dra. Raquel Rodrigues Britto – telefone: (31)3409-4793

APÊNDICE B**Entrevista – HAS****1. Dados pessoais**

Nome: _____ Sexo: ()F ()M
 Data de Nascimento: _____ Idade: _____
 Endereço: _____ Tel: _____
 Nível de escolaridade: _____ Renda Familiar: _____
 Profissão: _____ Estado Civil: _____
 Medicamentos em uso: _____

2. Possíveis Complicações:

- 2.1. Obesidade () sim () não IMC: _____
 Peso: _____ Altura: _____ Circ Abdominal: _____
- 2.2. Você regula o sal na dieta? () sim () não
- 2.3. Você ingere bebida alcoólica? () sim () não
- 2.4. Você pratica atividade física regular (3 x/semana mínimo)? () sim () não
- 2.5. Você toma os medicamentos anti-hipertensivos corretamente?
 () sim () não () não se aplica
- 2.6. Você é fumante? () sim () não
- 2.7. Você é diabético? () sim () não
- 2.8. Você apresenta alguma doença cardiovascular associada (angina, infarto agudo do miocárdio)? () sim () não
- 2.9. Você apresenta colesterol elevado? () sim () não
- 2.10. Você já apresentou colesterol elevado? () sim () não Como controlou?
- 2.11. Há casos na família de hipertensão arterial ou doenças cardiovasculares?
 () sim () não

3. Aplicação do Questionário SF-36:

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua saúde em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2

c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2
---	---	---

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6

g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

4. Aplicação do Questionário MINICHAL-BRASIL:

Nos últimos sete dias...

1. Tem dormido mal?

() Não, absolutamente. () Sim, um pouco. () Sim, bastante. () Sim, muito.

2. Tem tido dificuldade em manter suas relações sociais habituais?

() Não, absolutamente. () Sim, um pouco. () Sim, bastante. () Sim, muito.

3. Tem tido dificuldade em relacionar-se com as pessoas?

() Não, absolutamente. () Sim, um pouco. () Sim, bastante. () Sim, muito.

4. Sente que não está exercendo um papel útil na vida?

() Não, absolutamente. () Sim, um pouco. () Sim, bastante. () Sim, muito.

5. Sente-se incapaz de tomar decisões e iniciar coisas novas? () Não, absolutamente. ()

Sim, um pouco. () Sim, bastante. () Sim, muito.

6. Tem se sentido constantemente agoniado e tenso?

() Não, absolutamente. () Sim, um pouco. () Sim, bastante. () Sim, muito.

7. Tem a sensação de que a vida é uma luta contínua?

() Não, absolutamente. () Sim, um pouco. () Sim, bastante. () Sim, muito.

8. Sente-se incapaz de desfrutar suas atividades habituais de cada dia?

() Não, absolutamente. () Sim, um pouco. () Sim, bastante. () Sim, muito.

9. Tem se sentido esgotado e sem forças?

() Não, absolutamente. () Sim, um pouco. () Sim, bastante. () Sim, muito.

10. Teve a sensação de que estava doente?

() Não, absolutamente. () Sim, um pouco. () Sim, bastante. () Sim, muito.

11. Tem notado dificuldade em respirar ou sensação de falta de ar sem causa aparente?

() Não, absolutamente. () Sim, um pouco. () Sim, bastante. () Sim, muito.

12. Teve inchaço nos tornozelos?

() Não, absolutamente. () Sim, um pouco. () Sim, bastante. () Sim, muito.

13. Percebeu que tem urinado com mais frequência?

() Não, absolutamente. () Sim, um pouco. () Sim, bastante. () Sim, muito.

14. Tem sentido a boca seca?

() Não, absolutamente. () Sim, um pouco. () Sim, bastante. () Sim, muito.

15. Tem sentido dor no peito sem fazer esforço físico?

Não, absolutamente. Sim, um pouco. Sim, bastante. Sim, muito.

16. Tem notado adormecimento ou formigamento em alguma parte do corpo?

Não, absolutamente. Sim, um pouco. Sim, bastante. Sim, muito.

17. Você diria que sua hipertensão e o tratamento dessa têm afetado a sua qualidade de vida?

Não, absolutamente. Sim, um pouco. Sim, bastante. Sim, muito.

ANEXOS

ANEXO 1

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua saúde em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2

c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão	1	2	3	4	5	6

deprimido que nada pode anima-lo?						
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO 2**Questionário MINICHAL-BRASIL:**

Nos últimos sete dias...

1. Tem dormido mal?

() Não, absolutamente. () Sim, um pouco. () Sim, bastante. () Sim, muito.

2. Tem tido dificuldade em manter suas relações sociais habituais?

() Não, absolutamente. () Sim, um pouco. () Sim, bastante. () Sim, muito.

3. Tem tido dificuldade em relacionar-se com as pessoas?

() Não, absolutamente. () Sim, um pouco. () Sim, bastante. () Sim, muito

4. Sente que não está exercendo um papel útil na vida?

() Não, absolutamente. () Sim, um pouco. () Sim, bastante. () Sim, muito.

5. Sente-se incapaz de tomar decisões e iniciar coisas novas? () Não, absolutamente. () Sim, um pouco. () Sim, bastante. () Sim, muito.

6. Tem se sentido constantemente agoniado e tenso?

() Não, absolutamente. () Sim, um pouco. () Sim, bastante. () Sim, muito.

7. Tem a sensação de que a vida é uma luta contínua?

() Não, absolutamente. () Sim, um pouco. () Sim, bastante. () Sim, muito.

8. Sente-se incapaz de desfrutar suas atividades habituais de cada dia?

() Não, absolutamente. () Sim, um pouco. () Sim, bastante. () Sim, muito.

9. Tem se sentido esgotado e sem forças?

() Não, absolutamente. () Sim, um pouco. () Sim, bastante. () Sim, muito.

10. Teve a sensação de que estava doente?

() Não, absolutamente. () Sim, um pouco. () Sim, bastante. () Sim, muito.

11. Tem notado dificuldade em respirar ou sensação de falta de ar sem causa aparente?

Não, absolutamente. Sim, um pouco. Sim, bastante. Sim, muito.

12. Teve inchaço nos tornozelos?

Não, absolutamente. Sim, um pouco. Sim, bastante. Sim, muito.

13. Percebeu que tem urinado com mais frequência?

Não, absolutamente. Sim, um pouco. Sim, bastante. Sim, muito.

14. Tem sentido a boca seca?

Não, absolutamente. Sim, um pouco. Sim, bastante. Sim, muito.

15. Tem sentido dor no peito sem fazer esforço físico?

Não, absolutamente. Sim, um pouco. Sim, bastante. Sim, muito.

16. Tem notado adormecimento ou formigamento em alguma parte do corpo?

Não, absolutamente. Sim, um pouco. Sim, bastante. Sim, muito.

17. Você diria que sua hipertensão e o tratamento dessa têm afetado a sua qualidade de vida?

Não, absolutamente. Sim, um pouco. Sim, bastante. Sim, muito.